



691, 10e et 11e rang O  
Ste-Françoise de Lotbinière (Qc)  
G0S 2N0  
(819) 287-5949  
info@ecuriedespins.com



DÉCOUVERTE

## Fiche inscription- Journées au ranch 2019

NOM: \_\_\_\_\_ PRÉNOM: \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_ VILLE: \_\_\_\_\_

CODE POSTAL: \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

Nom de la mère: \_\_\_\_\_ Tél résidence: ( ) \_\_\_\_\_ Tél travail: ( ) \_\_\_\_\_

Nom du père: \_\_\_\_\_ Tél résidence: ( ) \_\_\_\_\_ Tél travail: ( ) \_\_\_\_\_

Autre nom (en cas d'urgence): \_\_\_\_\_ Tél: ( ) \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie: \_\_\_\_\_ Date d'expiration: \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il eu un accident majeur ou une opération dernièrement? \_\_\_\_\_

Expliquez: \_\_\_\_\_

### Allergie (s) :

Poils d'animaux  Pollen  Piqûres d'insectes  Alimentaire  Aucune

Autres précisez) : \_\_\_\_\_

### Maladie (s) (cochez si c'est le cas)

Asthme  Fièvre des foins  Épilepsie  Troubles respiratoires

Vertige  Autres (précisez) \_\_\_\_\_

Médication \_\_\_\_\_

### Expérience équestre (selle western – aucune expérience nécessaire)

aucune  pas  trot  niveau obtenu \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_



691, Rang 11  
Ste-Françoise de Lotbinière (Qc)  
G0S 2N0  
**(819) 287-5949**  
**info@ecuriedespins.com**

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_, suis le parent de \_\_\_\_\_ et je reconnais que la pratique des sports équestres et la participation aux activités de l'Écurie des Pins comportent des risques inhérents de blessures sérieuses et je tiens indemne et libère sans restriction les propriétaires, enseignants et préposé de toute responsabilité à cet égard pour tout dommage, blessure et perte en découlant.

En signant la présente, j'autorise le médecin et les responsables du camp à donner à mon enfant les premiers soins nécessaires. Dans l'impossibilité de joindre une des personnes mentionnées précédemment, j'autorise les soins des traitements médicaux (ex: intervention chirurgicale). Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance (à mes frais) ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

## Frais et mode de paiement

Le coût est de 333 \$

TPS : 16,65 \$

TVQ : 33,22 \$

Le coût total est de **382,87 \$**

Dépôt avant le 1<sup>er</sup> juin : **150, 00\$**

Balance : **232,87 \$**

Enfant de même famille :

2 enfants de la même famille = 25 \$ de rabais

3 enfants de la même famille = 35 \$ de rabais

Argent

Chèque

**\*\* Chèque à l'ordre de Écurie des Pins \*\***

## Consentement parental- Matériel promotionnel

Je, soussigné (e), \_\_\_\_\_, titulaire de l'autorité parentale, consens à ce que mon enfant soit photographié/ filmé à l'occasion de sa participation aux activités de l'Écurie des Pins et que celui-ci archive et diffuse, sous quelques formats que ce soit, ces photographies/vidéos à ses fins.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'autorité parentale

\_\_\_\_\_  
Date